I. Política:

Cada hospital propiedad de Prime Healthcare Services, Inc. (cada uno, un "Hospital") ofrece un programa de asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad descritos en esta política. Prime Healthcare ofrece atención caritativa (Charity Care) y descuentos para pacientes que pagan por cuenta propia, cumpliendo con los requisitos de la legislación estatal. El objetivo de esta Política de Asistencia Financiera (la "Política") es cumplir con las leyes y regulaciones federales y estatales aplicables; todas las disposiciones deben interpretarse en consecuencia.

Uno de los objetivos importantes de las instalaciones de Prime Healthcare es brindar atención a los pacientes en momentos de necesidad. Las instalaciones de Prime Healthcare ofrecen atención caritativa y un programa de pagos con descuento como un beneficio para las comunidades a las que servimos. Con este fin, las instalaciones de Prime Healthcare se comprometen a ayudar a pacientes con bajos ingresos y/o sin seguro médico que cumplan los requisitos, mediante programas adecuados de descuentos y atención caritativa. Todos los pacientes serán tratados con equidad, compasión y respeto:

- Resumen de Asistencia Financiera
- Programa de Atención Caritativa
- Programa de Pagos con Descuento por Asistencia Financiera
- Aviso para incluirse en todos los estados de cuenta posteriores al alta
- Aviso para incluirse en los estados de cuenta de pacientes que no han presentado prueba de seguro
- Aviso del hospital para enviar al paciente antes de asignar o vender la deuda a una agencia de cobros

II. Definiciones:

"Cargos Generalmente Facturados" (AGB, por sus siglas en inglés): Los montos generalmente facturados por servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios a individuos elegibles para el Programa de Pagos con Descuento. El Hospital calcula el AGB del paciente utilizando el método prospectivo definido en los Reglamentos del Tesoro. Según este método, el AGB se calcula usando el proceso de facturación y codificación que el Hospital usaría si el paciente fuera beneficiario de Medicare con tarifas vigentes proporcionadas por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.

"Médicamente necesario": Servicios u suministros hospitalarios necesarios para diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, condición o sus síntomas, y que cumplan con los estándares aceptados de la medicina. Incluye servicios necesarios y razonables para proteger la vida, prevenir enfermedades o discapacidades significativas, o aliviar dolor severo. Se presume que los servicios realizados en el hospital son médicamente necesarios, a menos que

el hospital proporcione una certificación del proveedor de atención médica que remite o supervisa, indicando que dichos servicios no eran médicamente necesarios.

"EMTALA": El hospital cumple con los requisitos de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA), Sección 1867 del Acta del Seguro Social. Nada en esta política impide dicho cumplimiento. Esta ley federal exige que toda persona que llegue a una sala de emergencias reciba estabilización y tratamiento, independientemente de su estado de seguro o capacidad de pago.

"Familia": (1) Para personas mayores de 18 años no dependientes: cónyuge, pareja doméstica e hijos dependientes, vivan o no en el hogar; y (2) para personas menores de 18 años y personas dependientes: padres, familiares encargados y otros hijos dependientes del padre/madre o del familiar encargado.

III. Aplicabilidad de la Política:

Esta Política se aplica a toda atención de emergencia y demás atención médicamente necesaria proporcionada por el Hospital o por una entidad sustancialmente relacionada que opere dentro del Hospital. Esta Política aplica únicamente a los cargos por servicios hospitalarios y no es vinculante para otros proveedores de servicios médicos que no estén empleados ni contratados por el Hospital para prestar servicios médicos, incluidos los médicos que atienden a los pacientes del Hospital en situaciones de emergencia, hospitalización o consulta externa. Los médicos no cubiertos por esta Política que presten servicios a pacientes que no tienen seguro o que no pueden pagar sus facturas médicas debido a altos costos médicos pueden tener sus propias políticas de asistencia financiera para brindar apoyo. El Hospital no es responsable de la administración de ningún programa de asistencia financiera ofrecido por médicos del personal médico que no están empleados por el Hospital, ni de las prácticas de facturación de dichos médicos.

Las políticas de asistencia financiera deben equilibrar la necesidad del paciente de recibir ayuda económica con la responsabilidad fiscal general del Hospital. La asistencia financiera a través de programas de pagos con descuento y atención caritativa no sustituye la responsabilidad personal. Es responsabilidad de los pacientes participar activamente en el proceso de evaluación de asistencia financiera y, cuando corresponda, contribuir al costo de su atención según su capacidad de pago. Las agencias externas de cobranza de deudas y las prácticas internas de cobranza del Hospital reflejarán la misión y visión del Hospital.

IV. Procedimiento:

1. Elegibilidad para Asistencia Financiera

A. Pacientes que pagan por cuenta propia

Consulte el anexo "Resumen de Asistencia Financiera" que resume el programa de asistencia financiera para pacientes.

Un paciente califica para el **Programa de Atención Caritativa** según las condiciones discutidas en el anexo "Programa de Atención Caritativa".

Un paciente califica para el **Programa de Pagos con Descuento** según las condiciones discutidas en el anexo "Programa de Pagos con Descuento por Asistencia Financiera".

B. Pacientes Asegurados

Un paciente que cuenta con cobertura de terceros o cuya lesión es una lesión compensable a efectos de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro según lo determine y documente el Hospital, no califica para Atención Caritativa, pero puede calificar para el Programa de Pagos con Descuento según las condiciones discutidas en el anexo **"Programa de Pagos con Descuento por Asistencia Financiera".** La Atención Caritativa y los descuentos del Programa de Pagos con Descuento pueden aplicarse a los montos de responsabilidad del paciente, incluyendo los montos de coseguro, copagos y deducibles.

C. Otras Circunstancias

El Hospital puede utilizar una agencia externa o una determinación del Director del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes (PFS, por sus siglas en inglés) del Hospital para extender la Atención Caritativa o el Programa de Pagos con Descuento a pacientes en las circunstancias enumeradas a continuación (elegibilidad presunta). La elegibilidad presunta no conlleva un derecho a servicios futuros. El Hospital tampoco puede divulgar la determinación de elegibilidad presunta y puede no tener acceso a los datos utilizados por una agencia externa. Las circunstancias a continuación se consideran formas de Atención Caritativa y pueden documentarse como se refleja en el código de transacción utilizado para resolver la reclamación del paciente, incluyendo pero no limitado a transacciones relacionadas con Atención Caritativa, descuentos por pago propio, servicios no cubiertos y denegaciones.

(i) El paciente califica para beneficios limitados bajo el programa estatal de Medicaid, es decir, beneficios limitados por embarazo o emergencia, pero no tiene beneficios para otros servicios proporcionados en el Hospital. Esto incluye servicios no cubiertos relacionados con:

- Servicios proporcionados a beneficiarios de Medicaid con Medicaid restringido (es decir, pacientes que solo tienen beneficios por embarazo o emergencia pero reciben otros cuidados del Hospital);
- Solicitudes de Medicaid pendientes que posteriormente no son aprobadas, siempre que la solicitud indique que el paciente cumple con los criterios para Atención Caritativa;
- Denegaciones de Medicaid u otros programas de atención para personas indigentes;
- Cargos relacionados con días que exceden el límite de estancia; y
- Cualquier otra responsabilidad restante por pagos del seguro

(ii) El paciente califica para un programa de servicios médicos para personas indigentes a nivel del condado, pero el Hospital no recibe pago alguno

(iii) Se han hecho esfuerzos razonables para localizar y contactar al paciente, dichos esfuerzos no han tenido éxito, y el Director de PFS del Hospital tiene motivos para creer que el paciente calificaría para Atención Caritativa o el Programa de Pagos con Descuento, por ejemplo, si el paciente está fallecido, en bancarrota, encarcelado (y no reembolsado por un programa estatal de Medicaid), no responde, está sin hogar o no quiere proporcionar documentación.

(iv) Una agencia de cobro de terceros ha realizado esfuerzos para cobrar el saldo pendiente y ha recomendado al Director de PFS del Hospital que se ofrezca Atención Caritativa o el Programa de Pagos con Descuento

(v) Posterior a esfuerzos de cobro y negociaciones con aseguradoras, cualquier cargo no reembolsado por servicios no cosméticos, incluyendo servicios no cubiertos o denegados por cualquier pagador, como cargos por días que exceden el límite de estancia, beneficios agotados, saldo de cobertura restringida, cuentas con Medicaid pendiente y denegaciones por parte de los pagadores, se consideran una forma de asistencia financiera al paciente en Prime Healthcare. Los cargos relacionados con estos descuentos que se eliminan durante el año fiscal se reportan como atención no compensada

(vi) El paciente es elegible para programas incluyendo, pero no limitados a:

- Programas estatales de medicamentos recetados;
- Programas para Mujeres, Infantes y Niños (WIC);
- Programas de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), es decir, cupones de alimentos;
- Programas de almuerzo escolar subsidiado;
- Otros programas estatales o locales de asistencia que no estén financiados (por ejemplo, Medicaid "spend-down");
- Se proporciona una vivienda subsidiada o de bajos ingresos como dirección válida; y
- Importancia histórica de impago que establezca una justificación de futuros impagos y falta de capacidad de pago

(vii) Otras circunstancias de Atención Caritativa deberán documentarse en el expediente del paciente, ya sea mediante el tipo de transacción o en las notas del paciente

D. <u>Determinación de Ingresos</u>

A efectos de determinar la elegibilidad para los Programas de Atención Caritativa y Pagos con Descuento, la documentación de los ingresos de la Familia del paciente se limitará a talones de pago recientes o declaraciones de impuestos. No se utilizarán activos monetarios para determinar la elegibilidad para el programa de asistencia financiera. La solicitud de asistencia financiera solicita la información del paciente necesaria para determinar la elegibilidad del paciente bajo esta Política, incluyendo los ingresos del paciente o de la Familia y el tamaño de la Familia del paciente. El Hospital no solicitará ninguna información adicional que no esté incluida en la solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, un paciente que busque asistencia financiera puede proporcionar voluntariamente información adicional si así lo desea. La calificación para recibir asistencia financiera se determinará únicamente en función de la capacidad de pago del paciente y/o del representante de la Familia del paciente. La calificación para recibir asistencia financiera no se basará de ninguna manera en la edad, género, orientación sexual, etnia, origen nacional, condición de veterano, discapacidad o religión. Consulte el "Programa de Atención Caritativa" y el "Programa de Pagos con Descuento por Asistencia Financiera" para obtener detalles sobre los ingresos utilizados para determinar los ingresos de la Familia del paciente.

E. Nivel de Pobreza Federal

La medida del Nivel de Pobreza Federal se hará con referencia a las Directrices de Pobreza más actualizadas del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) para el número de personas en la Familia o el hogar del paciente. Las Directrices de Pobreza del HHS se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad del inciso (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos y están disponibles en https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines o previa solicitud al Departamento de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital al 909-292-9402.

2. Programa de Atención Caritativa y de Pagos con Descuento

La asistencia financiera puede concederse en forma de Atención Caritativa completa o atención con descuento, dependiendo del nivel de elegibilidad del paciente tal como se define en esta Política. El Hospital puede condonar o reducir los montos compartidos de costos de Medi-Cal o Medicare como parte de este Programa de Atención Caritativa y de Pagos con Descuento. Las Cuentas de Ahorros para la Salud (Health Savings Accounts) que posea el paciente o su Familia pueden ser consideradas al negociar planes de pago.

Los saldos de los pacientes que califican para el **Programa de Atención Caritativa**, según lo determine el Hospital, se considerarán atención gratuita y se reducirán a una suma igual a cero dólares (US$0), eliminándose el saldo restante y clasificándose como Atención Caritativa. Consulte el anexo “Programa de Atención Caritativa” para obtener información adicional.

Los saldos de los pacientes que califican para el **Programa de Pagos con Descuento** serán reducidos; cualquier descuento se aplicará contra los cargos brutos por los servicios hospitalarios proporcionados. Un pago con descuento se define como cualquier cargo por atención que sea reducido pero no gratuito. Consulte el anexo “Programa de Pagos con Descuento por Asistencia Financiera” para obtener información adicional. El Hospital puede exigir al paciente o garante que pague los montos enviados directamente al paciente por pagadores de terceros, incluyendo acuerdos legales, sentencias o indemnizaciones.

El Programa de Pagos con Descuento también incluirá un plan de pagos extendido sin intereses para permitir el pago del precio con descuento a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos del plan de pagos extendido, tomando en cuenta los ingresos familiares del paciente y los gastos esenciales de subsistencia.

Una vez que se reciba una solicitud de asistencia financiera completa, el Hospital debe tomar una determinación y proporcionar un aviso escrito de la decisión y la base en la que se sustentó. Si se determina que el paciente es elegible para la asistencia, se enviará un nuevo estado de cuenta que indique cómo se calculó el monto descontado y señale dónde encontrar el monto Generalmente Facturado (AGB). Siempre que el último pago del paciente al Hospital se haya recibido menos de cinco años antes de la presentación de la solicitud de asistencia financiera y la deuda del paciente no haya sido vendida antes del 1 de enero de 2022, el Hospital reembolsará cualquier monto cobrado en exceso sobre los cargos revisados y revertirá cualquier Acción de Cobro Extraordinaria que se haya iniciado. Si se recibe una solicitud de asistencia financiera incompleta, el Hospital proporcionará un aviso escrito de los elementos faltantes y esperará un período razonable de tiempo antes de iniciar o reanudar Acciones de Cobro Extraordinarias.

3. Proceso de Solicitud

Todo paciente que solicite asistencia financiera deberá completar una solicitud de asistencia financiera. La solicitud incluye la dirección de la oficina y el número de teléfono a los que se puede llamar si el paciente tiene alguna pregunta sobre el programa o el proceso de solicitud. Se espera que el paciente presente la solicitud de asistencia financiera puntualmente después de recibir la atención; sin embargo, la elegibilidad puede determinarse en cualquier momento. El Hospital no impondrá límites de tiempo para solicitar atención caritativa o pagos con descuento, ni negará la elegibilidad basándose en el momento en que el paciente presente su solicitud.

4. Resolución de Disputas

Cualquier disputa respecto a la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera deberá dirigirse y ser resuelta por el Director Financiero del Hospital (Chief Financial Officer).

5. Publicación de la Política

Con el fin de asegurar que los pacientes estén al tanto de la existencia de esta Política, el Hospital tomará las siguientes medidas:

- El aviso sobre la disponibilidad de asistencia financiera deberá estar claramente y visiblemente publicado en lugares visibles para los pacientes en las siguientes áreas: (1) Departamento de Emergencias; (2) Oficina de Facturación; (3) Oficina de Admisiones; (4) otras áreas ambulatorias, incluidas unidades de observación; y (5) se mostrará de forma destacada en el sitio web del hospital, con un enlace directo a la propia Política.

- Todo paciente que sea atendido en el Hospital, haya sido admitido o no, recibirá el aviso Resumen de Asistencia Financiera. El aviso se entregará al momento del servicio, al alta o cuando el paciente se retire del centro. Si el paciente se retira del centro sin haber recibido el aviso, el Hospital deberá enviar el aviso por correo dentro de las 72 horas posteriores a la prestación del servicio. El aviso se proporcionará en los idiomas distintos al inglés hablados por un número sustancial de los pacientes atendidos por el Hospital.

- Cada factura enviada a un paciente que no haya presentado prueba de cobertura por parte de un tercero al momento en que se prestó la atención o al alta debe incluir el “Aviso que debe incluirse en los estados de cuenta posteriores al alta” incluido en los anexos. El aviso se proporcionará en los idiomas distintos al inglés hablados por un número sustancial de los pacientes atendidos por el Hospital.

6. Esfuerzos para Obtener Información Sobre Cobertura y Solicitudes de Medicaid

El Hospital deberá hacer todos los esfuerzos razonables para obtener del paciente o de su representante información sobre si un seguro médico privado o público, o algún patrocinio, puede cubrir total o parcialmente los cargos por la atención brindada por el Hospital al paciente, incluyendo seguros médicos privados, cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros médicos, Medicare, Medicaid, y/o otros programas financiados por el gobierno diseñados para proporcionar cobertura médica.

Si un paciente no indica que tiene cobertura por parte de un pagador de terceros o solicita asistencia financiera, el personal del Hospital deberá proporcionar al paciente un aviso que incluya el formulario "Aviso que debe incluirse en los estados de cuenta posteriores al alta" para pacientes que no hayan proporcionado prueba de seguro, así como un estado de cuenta que incluya lo siguiente: (a) una solicitud para que el paciente informe al Hospital si cuenta con cobertura de seguro médico privada o pública u otra cobertura; (b) una declaración de que si el paciente no tiene cobertura de seguro médico, podría ser elegible para cobertura bajo el programa estatal de Medicaid u otros programas gubernamentales; (c) una declaración que indique cómo el paciente puede obtener solicitudes para el programa estatal de Medicaid u otros programas gubernamentales (y, si corresponde, el Hospital proporcionará dichas solicitudes al paciente); y (d) información sobre el programa de asistencia financiera del Hospital. Si bien el Hospital requiere que el paciente participe en una evaluación de elegibilidad para Medi-Cal, no puede exigir que el paciente presente una solicitud a Medicare, Medi-Cal u otra cobertura antes de que el paciente sea evaluado o reciba un descuento de pago. El Hospital también proporcionará al paciente una referencia a un programa local de asistencia legal para consumidores.

7. Actividades de Cobranza

El Hospital podrá utilizar los servicios de una o más agencias externas de cobranza para la recuperación de deudas de los pacientes. Ninguna deuda será remitida a cobranza hasta que el Director de Servicios Financieros para Pacientes del Hospital, o su designado, haya revisado la cuenta y aprobado el envío de la deuda a cobranza. El Hospital deberá obtener un acuerdo por escrito de cada agencia de cobranza en el que se comprometan a cumplir con los requisitos de esta Política y con la legislación estatal aplicable.

Toda agencia de cobranza utilizada por el Hospital deberá cumplir con cualquier plan de pagos acordado entre el Hospital y el paciente. Si un paciente solicita asistencia financiera, cualquier acción de cobranza se suspenderá hasta que se tome una decisión sobre la solicitud de asistencia financiera del paciente. Si, durante el proceso de cobranza, se descubre que el paciente califica total o parcialmente para Atención Caritativa o un descuento por pago propio, los esfuerzos de cobranza cesarán y el saldo correspondiente se eliminará como Atención Caritativa o como descuento por pago propio. Ni el Hospital ni ninguna agencia de cobranza utilizada por el Hospital deberán: (i) utilizar embargos salariales, gravámenes sobre bienes inmuebles, o requerir la venta de algún bien inmueble para cobrar facturas médicas impagas; o (ii) reportar información negativa a una agencia de informes de crédito al consumidor ni iniciar acciones civiles contra un paciente por falta de pago en ningún momento.

Al menos treinta (30) días antes de iniciar cualquier actividad de cobranza, el Hospital debe enviar un aviso al paciente que especifique lo siguiente: (i) las actividades de cobranza que el Hospital o la agencia de cobranza contratada pueden realizar; (ii) la fecha a partir de la cual dichas acciones pueden llevarse a cabo; (iii) que hay asistencia financiera disponible para pacientes elegibles; (iv) las fechas de servicio de la factura que se está asignando a cobranza; (v) el nombre de la entidad a la que se está asignando o vendiendo la factura; (vi) información sobre cómo el paciente puede obtener una factura detallada del Hospital; (vii) el nombre y tipo de plan de cobertura médica del paciente que conste en los registros del Hospital al momento del servicio, o una declaración de que el Hospital no dispone de dicha información; (viii) una solicitud de Atención Caritativa y otros programas de asistencia financiera del Hospital; y (ix) la fecha en que originalmente se envió al paciente un aviso sobre asistencia financiera, la(s) fecha(s) en que se le envió una solicitud de asistencia financiera, y, si corresponde, la fecha en que se tomó una decisión. Se adjunta un modelo para este aviso.

El Hospital no está obligado a reembolsar a un paciente si: (1) han pasado cinco años o más desde el último pago del paciente al Hospital/comprador de la deuda; o (2) la deuda del paciente fue vendida antes del 1 de enero de 2022, de acuerdo con la legislación vigente en ese momento.

Tabla de Historial de Revisiones

Número de Documento y Nivel de Revisión	Aprobación Final por	Fecha	Descripción breve del cambio/revisión

Resumen de Asistencia Financiera

Los pacientes elegibles que tengan un Ingreso Familiar del hogar igual o inferior al 450 % del Nivel Federal de Pobreza vigente y cumplan con ciertos requisitos de ingresos bajos o moderados pueden calificar para atención gratuita o con descuento parcial, así como opciones de planes de pago extendido por parte de los médicos del Departamento de Emergencias de **San Dimas Community Hospital**. Otros médicos que no son empleados del hospital también pueden ofrecer asistencia financiera de manera independiente. El anexo del Programa de Atención Caritativa incluye detalles sobre el Programa de Atención Caritativa, y el anexo del Programa de Pagos con Descuento por Asistencia Financiera incluye detalles sobre el Programa de Pagos con Descuento.

De acuerdo con el Código de Salud y Seguridad § 127405 (a)(1)(B), un médico de emergencias, según lo definido en la Sección 127450, que brinde servicios médicos de emergencia en un hospital que ofrece atención de urgencias también está legalmente obligado a proporcionar descuentos a los pacientes sin seguro o a los pacientes con altos costos médicos que se encuentren en o por debajo del 400 % del Nivel Federal de Pobreza.

Los pacientes pueden obtener copias de la Política de Asistencia Financiera y formularios de solicitud en el sitio web del Hospital en https://sandimashospital.com/help-paying-your-bill/. Para más información o para obtener una solicitud de asistencia financiera, por favor contáctenos en:

San Dimas Community Hospital
1350 West Covina Boulevard
San Dimas, CA 91773
909-292-9402

Los documentos de la Política de Asistencia Financiera están disponibles en idiomas distintos al inglés que son hablados por un número considerable de los pacientes atendidos por el Hospital.

Las solicitudes completadas deben entregarse en:

San Dimas Community Hospital
Attn: Patient Financial Services
1350 West Covina Boulevard
San Dimas, CA 91773

Recursos Adicionales: La Health Consumer Alliance (“HCA”) es un recurso disponible para los pacientes, que les ayuda a comprender el proceso de facturación y pago, así como Covered California y la Elegibilidad Presunta para Medi-Cal. La HCA ofrece asistencia gratuita por teléfono o en persona. Para más información, visite el sitio web de Health Consumer Alliance en https://healthconsumer.org.

Servicios elegibles para comparación de precios: En cumplimiento con la Ley de Protección contra Sorpresas en la Facturación (No Surprise Billing Act, Título 45 Sección 180.60 del Código de Reglamentos Federales), consulte la herramienta de servicios disponibles para comparación de precios del Hospital en https://sandimashospital.com/help-paying-your-bill/.

Programa de Atención Caritativa

Un paciente califica para el **Programa de Atención Caritativa** si se cumplen todas las siguientes condiciones: (1) el paciente no cuenta con cobertura de terceros de un asegurador de salud, plan de servicios de atención médica, plan fiduciario sindical, Medicare o Medi-Cal, según lo determine y documente el Hospital; (2) la lesión del paciente no es una lesión compensable para efectos de compensación laboral, seguro de automóvil u otro tipo de seguro, según lo determine y documente el Hospital; y (3) el Ingreso Familiar del paciente no supera el 400 % del Nivel Federal de Pobreza.

El Nivel Federal de Pobreza se determina mediante las Pautas de Pobreza del HHS, las cuales se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad del inciso (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles en https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

Los saldos de los pacientes que califiquen para el Programa de **Atención Caritativa**, según lo determine el Hospital, se reducirán a una suma equivalente a cero dólares ($0), eliminándose el saldo restante y clasificándose como Atención Caritativa.

Un paciente que cuente con cobertura de terceros o cuya lesión sea compensable para efectos de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital, no califica para el Programa de Atención Caritativa, pero puede calificar para el Programa de Pagos con Descuento si se cumplen ciertas condiciones, tal como se describe en el anexo del Programa de Pagos con Descuento por Asistencia Financiera.

Para más información o para obtener una solicitud de asistencia financiera, por favor contáctenos:

San Dimas Community Hospital
1350 West Covina Boulevard
San Dimas, CA 91773
909-292-9402

Programa de Pagos con Descuentos por Asistencia Financiera

Pacientes que Pagan por Cuenta Propia

Un paciente que paga por cuenta propia califica para el **Programa de Pagos con Descuento** si: (i) el Ingreso Familiar del paciente no supera el 450 % del Nivel Federal de Pobreza; (ii) el paciente no cuenta con cobertura de terceros de un asegurador de salud, plan de servicios de atención médica, plan fiduciario sindical, Medicare o Medi-Cal; y (iii) la lesión del paciente no es una lesión compensable para efectos de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital.

Pacientes Asegurados

Un paciente que cuente con cobertura de terceros o cuya lesión sea compensable para efectos de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro, según lo determine y documente el Hospital, puede calificar para el **Programa de Pagos con Descuento** si: (i) el paciente tiene un Ingreso Familiar igual o inferior al cuatrocientos cincuenta por ciento (450 %) del Nivel Federal de Pobreza; y (ii) el paciente tiene costos médicos elevados que superen el menor de los siguientes dos montos: (a) el diez por ciento (10 %) del Ingreso Familiar del paciente, si el paciente proporciona documentación de los gastos médicos pagados por el paciente o su Familia en los últimos doce (12) meses (ya sea que dichos gastos se hayan generado o pagado dentro o fuera del Hospital); o (b) los costos anuales de desembolso directo incurridos por el individuo en el Hospital que superen el 10 % del Ingreso Familiar actual del paciente o del Ingreso Familiar en los últimos doce (12) meses. Se definen como costos médicos elevados aquellos gastos por atención médica que no son reembolsados por un seguro o un programa de cobertura de salud, como copagos de Medicare o el costo compartido de Medi-Cal.

Nivel Federal de Pobreza

El Nivel Federal de Pobreza se determina mediante las Pautas de Pobreza del HHS, las cuales se actualizan periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad del inciso (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos, y están disponibles en https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines.

Obligación del Paciente

Los saldos de los pacientes que califican para el **Programa de Pagos con Descuento** serán reducidos; cualquier descuento se aplicará sobre los cargos brutos por los servicios hospitalarios prestados. La obligación de pago de un paciente elegible para el **Programa de Pagos con Descuento** se determinará caso por caso, pero no excederá el mayor de los siguientes montos: (a) los Montos Generalmente Facturados (“AGB”, por sus siglas en inglés); y (b) el monto que el Hospital esperaría recibir por prestar servicios a través de Medicare o Medicaid, lo que sea mayor (el “Máximo de Pago con Descuento”). Un paciente elegible con seguro estará obligado a pagar una cantidad igual a la diferencia entre lo que el Hospital recibe de la aseguradora y el Máximo de Pago con Descuento. Si el monto pagado por el seguro excede el Máximo de Pago con Descuento, el paciente no tendrá ninguna obligación de pago adicional.

El Programa de Pagos con Descuento también incluirá un plan de pagos extendido sin intereses para permitir que el monto con descuento sea pagado a lo largo del tiempo. El Hospital y el paciente negociarán los términos del plan de pago extendido, teniendo en cuenta el Ingreso Familiar del paciente y sus gastos esenciales de subsistencia. Si el paciente y el Hospital no pueden llegar a un acuerdo sobre un plan de pago, el Hospital utilizará la fórmula descrita en el inciso (i) del Código de Salud y Seguridad de California, sección 127400, para crear un plan de pago razonable.

Para más información o para obtener una solicitud de asistencia financiera, por favor contáctenos:

San Dimas Community Hospital
1350 West Covina Boulevard
San Dimas, CA 91773
909-292-9402

[Aviso que debe incluirse en todas las facturas posteriores al alta]

Programa de Atención Caritativa y Pagos con Descuento

Los pacientes que no cuentan con seguro o que tienen un seguro insuficiente y cumplen con ciertos requisitos de ingresos bajos o moderados pueden calificar para pagos con descuento o Atención Caritativa. Los pacientes que soliciten atención gratuita o con descuento deben obtener y presentar una solicitud que será revisada por el Hospital. Ningún paciente elegible para asistencia financiera será cobrado por atención médica de emergencia o médicamente necesaria un monto superior al que generalmente se cobra a las personas con seguro que cubre dicha atención. Para obtener más información, copias de la documentación o asistencia con el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al 909-292-9402 o visite www.sandimashospital.com para obtener más información. También se pueden enviar copias gratuitas de la documentación de asistencia financiera por correo, y están disponibles en idiomas distintos al inglés hablados por un número considerable de pacientes atendidos por el Hospital. Los médicos del Departamento de Emergencias y otros médicos que no son empleados del Hospital también pueden ofrecer Atención Caritativa o Programas de Pagos con Descuento. Comuníquese directamente con las oficinas de facturación de dichos médicos para obtener más información.

Aviso que debe incluirse en las facturas posteriores al alta para pacientes que no han proporcionado prueba de seguro.

Nuestros registros indican que usted no cuenta con cobertura de seguro médico ni con cobertura a través de Medicare, Medicaid, programas estatales financiados de cobertura médica u otros programas similares. Si usted sí cuenta con alguna de estas coberturas, por favor comuníquese con nuestra oficina al (909) 292-9402 lo antes posible para que podamos obtener la información correspondiente y facturar a la entidad adecuada.

Si usted no tiene cobertura de seguro médico, podría ser elegible para Medicare, Medicaid, cobertura ofrecida a través del mercado federal de seguros de salud, cobertura médica financiada por el estado o el condado, o para el Programa de Atención Caritativa o el Programa de Pagos con Descuento de Prime Healthcare. Para obtener más información sobre cómo solicitar estos programas, comuníquese con nuestra oficina para que podamos responder a sus preguntas y proporcionarle las solicitudes correspondientes.

[Aviso del Hospital para Enviar al Paciente al Menos 30 Días Antes de Iniciar Cualquier Acción Extraordinaria de Cobro (ECA)

incluir solicitud de asistencia financiera con este aviso

Nombre: [NOMBRE DEL PACIENTE]

Fechas de Servicio: [FECHAS DE SERVICIO]

Seguro Médico en el Expediente: [INCLUIR NOMBRE Y TIPO DE PLAN, SI NO HAY, INCLUIR "EL HOSPITAL NO TIENE ESA INFORMACIÓN."]

Fecha en que se Envió al Paciente el Aviso de Asistencia Financiera:
[FECHA]

Fecha en que se Envió al Paciente la Solicitud de Asistencia Financiera:
[FECHA]

Fecha en que se Emitió la Decisión sobre la Solicitud de Asistencia Financiera (si aplica): [FECHA O "N/A"]

Nuestros registros indican que usted tiene saldos pendientes relacionados con las fechas de servicio indicadas anteriormente. Los pacientes que deseen atención gratuita o con descuento deben completar y presentar la solicitud de asistencia financiera, la cual se incluye con este aviso. Ningún paciente elegible para asistencia financiera será cobrado por atención médica de emergencia o médicamente necesaria un monto superior al que generalmente se cobra a personas con seguro médico que cubre dicha atención. Para obtener más información, solicitar una factura detallada de los servicios prestados en las fechas mencionadas, o recibir asistencia con el proceso de solicitud, comuníquese con el Hospital al 909-292-9402 visite www.sandimashospital.com o diríjase a 1350 West Covina Boulevard, San Dimas, CA 91773.

A pesar de nuestros esfuerzos por comunicarnos con usted, el saldo del paciente sigue sin pagarse. El Hospital está asignando o vendiendo el saldo pendiente a **[NOMBRE DE LA AGENCIA DE COBROS O DEL COMPRADOR DE LA DEUDA].**

Anexo: Solicitud de Asistencia Financiera